

**Erklärung zu Einkommen und  
Ausgaben**  
Statement of Resources and Expenses

Name des sorgeberechtigten Elternteils
Name des nicht sorgeberechtigten Elternteils
Fallnummer

**(Schreiben Sie außer Ihrer Unterschrift alle Antworten in Druckschrift)**

<b>ANMERKUNG: Sie müssen der Division of Child Support (DCS) Ihre Sozialversicherungsnummer nennen. DCS verwendet die Nummer zur Vollstreckung des Kindesunterhalts gemäß Titel IV-D des Sozialversicherungsgesetzes.</b>			
<b>I. ANGABEN ZU IHRER PERSON</b>			
Vor- und Zuname		Geburtsdatum	Sozialversicherungsnummer
Telefonnummer (privat)	Telefonnummer (geschäftlich)	Nachricht-/Mobil-Telefonnummer	
Hausnummer oder Postfach		Derzeitiger Familienstand <input type="checkbox"/> Verheiratet <input type="checkbox"/> Ledig <input type="checkbox"/> Getrennt lebend	
Ort des Wohnsitzes	Bundesland	Postleitzahl	Name des Ehepartners/Sonstige Erwachsene im Haushalt
Geburtsort (Ort/Kreis/Bundesland)			Datum der Eheschließung
Anzahl der in meinem Haushalt lebenden Kinder	Anzahl der in meinem Haushalt lebenden Erwachsenen	E-Mail-Adresse	
<b>II. Angaben zur Beschäftigung</b>			
<b>A. Angaben zu Ihrer Beschäftigung</b>			
Beruf		Derzeitiger Beschäftigungszustand <input type="checkbox"/> Angestellt <input type="checkbox"/> Arbeitslos <input type="checkbox"/> Selbständig	
Name des Arbeitgebers			Telefonnummer des Arbeitgebers
Adresse des Arbeitgebers		Ort	Bundesland Postleitzahl
Name der Gewerkschaft	Adresse der Gewerkschaft	Ort	Bundesland Postleitzahl

<b>II. Angaben zur Beschäftigung (fortgesetzt)</b>			
<b>B. Ihre Angaben zur freiberuflichen Beschäftigung</b>			
<b>ANMERKUNG: Fügen Sie eine Kopie ihrer letzten Einkommensteuererklärung als Einkommens- und Ausgabennachweis bei.</b>			
Name des Geschäfts		Adresse des Geschäfts Ort Bundesland Postleitzahl	
Geschäftsart <input type="checkbox"/> Gesellschaft <input type="checkbox"/> Partnerschaft <input type="checkbox"/> Alleineigentum		Steueridentifikationsnummer des Geschäfts	
Geschäftliche Bankkonten befinden sich in			
Jährliches geschäftliches Bruttoeinkommen		Jährliches geschäftliches Nettoeinkommen	
<b>C. Angaben zur Beschäftigung des derzeitigen Ehepartners/von sonstigen im Haushalt lebenden Erwachsenen</b>			
Sozialversicherungsnummer	Beruf	Name des Arbeitgebers	
Adresse des Arbeitgebers Ort Bundesland Postleitzahl		Gewerkschaftszugehörigkeit	
<b>D. Angaben zur freiberuflichen Beschäftigung des derzeitigen Ehepartners/von sonstigen im Haushalt lebenden Erwachsenen</b>			
<b>ANMERKUNG: Fügen Sie eine Kopie der letzten Einkommensteuererklärung des derzeitigen Ehegatten als Einkommens- und Ausgabennachweis bei.</b>			
Name des Geschäfts		Adresse des Geschäfts Ort Bundesland Postleitzahl	
Geschäftsart <input type="checkbox"/> Gesellschaft <input type="checkbox"/> Partnerschaft <input type="checkbox"/> Alleineigentum		Steueridentifikationsnummer des Geschäfts	
Geschäftliche Bankkonten befinden sich in			
Jährliches geschäftliches Bruttoeinkommen		Jährliches geschäftliches Nettoeinkommen	
<b>E. Kranken-/Zahnarztversicherung für Unterhaltsberechtigte</b>			
Krankenversicherung <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Name und Adresse der Krankenversicherungsgesellschaft		
Zahnarztversicherung <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Name und Adresse der Zahnarztversicherung		
Name des Inhabers der Versicherungspolice für die Krankenversicherung		Name des Inhabers der Versicherungspolice für die Zahnarztversicherung	
<b>III. Angaben zu Einkommen und Vermögen</b>			
<b>A. Einkommen aus allen Einkommensquellen für den vorangehenden Monat</b>			
Mein Gehalt	Geschäftseinkommen	Einkommen des Ehegatten	Einkommen von anderen Erwachsenen in ihrem Haushalt
Sonstiges Einkommen		Bruttoeinkommen insgesamt	Nettoeinkommen insgesamt

**III. Angaben zu Einkommen und Vermögen (fortgesetzt)****B. Bruttoeinkommen aus allen Einkommensquellen für die vorangehenden 12 Monate**

Monat	Mein Bruttoeinkommen	Bruttoeinkommen des Ehepartners/von anderen Erwachsenen	Einkommensquelle (Name des Arbeitgebers usw.)
Januar			
Februar			
März			
April			
Mai			
Juni			
Juli			
August			
September			
Oktober			
November			
Dezember			

**C. Sparbriefe**

Art der Sparbriefe	Nennwert	Art der Sparbriefe	Nennwert

**D. Persönliche Bankkonten**

Kontoart	Name und Ort der Bank	Kontonummer	Kontostand zu Ende des letzten Monats
Girokonto			
Sparkonto			
Genossenschaftsbank			
Sonstige:			

**E. Aktien und Anleihen**

Beschreibung	Stückzahl	Paritätswert

<b>III. Angaben zu Einkommen und Vermögen (fortgesetzt)</b>					
<b>F. Immobilien (Eigentum oder Kauf einschließlich Wohnsitz)</b>					
Adresse oder Flurstück			Jahr des Erwerbs	Aktien im Besitz von	
<b>G. Bewegliches Vermögen (Eigentum oder Kauf)</b>					
Art des Eigentums	Modell	Baujahr	Amtliches Kennzeichen	Vertrag auf den Namen von	Geschuldeter Betrag
Auto					
Auto					
Boot/Motor					
Boot/Motor					
Campingbus/Wohnmobil					
Sonstige:					
<b>H. Schließfach</b>					
Ort des Schließfachs			Beschreibung des Inhalts	Gesamtwert	
<b>I. Lebensversicherung</b>					
Name der Versicherung und Adresse					Geldwert
<b>J. Ruhestandskonten</b>					
Art des Kontos	Name und Ort der Holdinggesellschaft			Kontonummer	Kontostand zu Ende des letzten Monats
IRA					
IRA					
Sonstige					

<b>IV. Monatliche Ausgaben Datum</b>	
<b>A. Wohnung</b>	
1. Miete oder Hypothekenzahlungen	
2. Steuern und Versicherung (falls nicht durch die Zahlungen oben gedeckt)	
3. Monatsmiete insgesamt (Addieren Sie Zeilen 1 -2 oben)	
<b>B. Nebenkosten</b>	
1. Heizung (Gas und Öl)	
2. Strom	
3. Wasser, Abwasser, Abfall	
4. Telefon	
5. Sonstige (nennen)	
6. Nebenkosten insgesamt (Addieren Sie Zeilen 1 -5 oben)	
<b>C. Lebensmittel</b>	
1. Lebensmittel für _____ Personen	
2. Mahlzeiten, die außer Haus verzehrt werden	
3. Sonstige (nennen)	
4. Monatliche Lebensmittel insgesamt (Addieren Sie Zeilen 1 -3 oben)	
<b>D. Kinderbetreuung</b>	
1. Tagesbetreuung/Babysitter für _____ Kinder	
2. Kleidung	
3. Schulgebühren für _____ Kinder	
4. Kindesunterhaltszahlungen für Kinder, die nicht bei Ihnen leben	
5. Sonstige Ausgaben für Kinder (auflisten):	
6. Monatliche Ausgaben für Kinderbetreuung insgesamt (Addieren Sie Zeilen 1 - 5 oben)	
<b>E. Transport</b>	
1. Zahlungen für Fahrzeuge oder Leasing	
2. Versicherung	
3. Führerschein	
4. Benzin und regelmäßige Pflege	
5. Parken	
6. Sonstige (nennen)	
7. Transportkosten insgesamt (Addieren Sie Zeilen 1 -6 oben)	

<b>IV. Angaben zu monatlichen Ausgaben (fortgesetzt)</b>		
<b>f. Kleidung</b>		
1. Arbeitskleidung		
2. Sonstige Kleidung		
3. Monatliche Ausgaben für Kleidung insgesamt (Addieren Sie Zeilen 1 -2 oben)		
<b>G. Gesundheitsversorgung</b>		
1. Beitrag für Kranken- und Zahnarztversicherung		
2. Ausgaben für Zahnarzt, Kieferorthopäde, Arzt und Augenarzt, die nicht von der Versicherung gedeckt sind		
3. Sonstige Ausgaben zur Gesundheitsversorgung, die nicht von der Versicherung nicht deckt sind (aufzählen):		
4. Monatliche Ausgaben zur Gesundheitsversorgung insgesamt (Addieren Sie Zeilen 1 -3 oben)		
<b>H. Persönliche Ausgaben</b>		
1. Friseur/Körperpflege		
2. Bildung		
3. Bücher, Zeitungen und Zeitschriften		
4. Sonstige (aufführen):		
5. Monatliche persönliche Ausgaben insgesamt (Addieren Sie Zeilen 1 -4 oben)		
<b>I. Sonstige wiederkehrende monatliche Ausgaben und Zahlungen</b>		
Gezahlt an	Schulden	Monatssaldo
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		
11. Sonstige wiederkehrende monatliche Ausgaben und Zahlungen insgesamt (Addieren Sie Zeilen 1 - 10 oben)		

**IV. Angaben zu monatlichen Ausgaben (fortgesetzt)****J. Monatliche Ausgaben insgesamt**

1. Addieren Sie alle Zeilen der Angaben zu monatlichen Ausgaben insgesamt Abschnitt A BIS I

2. Ihr Anteil an den monatlichen Ausgaben insgesamt von Zeile 1 oben  
(der Betrag von Zeile 1 oben minus Beiträge/Unterstützung von einer anderen Person außer  
Ihrem Ehepartner)

**V. Erklärung**

Ich erkläre unter Androhung des Meineids nach den Gesetzen des Bundesstaats Washington, dass die in diesem Formular gegebenen Informationen nach bestem Wissen und Gewissen wahr, korrekt und vollständig sind. Mir ist bekannt, dass der Bundesstaat Washington mich bei absichtlich falschen Angaben oder Falschdarstellungen wegen Betrugs strafrechtlich verfolgen kann. Mir ist bekannt, dass meine Angaben von dem Department of Social and Health Services geprüft werden.

Unterschrift

Datum